

la historia documental del siglo XX

siglomundo


CENTRO
EDITOR
DE AMÉRICA
LATINA

EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION MUNDIAL

50



con este fascículo: **SUPERPOBLACION Y PRODUCCION**
(libro con textos de Malthus, Marx, Josué de Castro y otros)

\$ 180.

50. El crecimiento de la población mundial.

Maria Cristina Cacopardo redactó el informe para este fascículo, cuya revisión técnica realizó el Departamento "Siglomundo", del Centro Editor de América Latina. El material gráfico, que ocupa las contratapas e integra la "Historia documental del cine", ha sido seleccionado por Miguel Angel Acevedo y Raúl A. Mao.

Las transformaciones sociales y políticas; las revoluciones, crisis y guerras; los adelantos industriales y agrarios; la ciencia y la técnica; el arte y la literatura; el cine y los modernos medios de comunicación; los transportes y la conquista del espacio; el pensamiento filosófico y social; toda la historia del mundo, de 1900 a nuestros días. SIGLOMUNDO constituirá una verdadera enciclopedia del quehacer contemporáneo, a través de cien fascículos como el presente.

SIGLOMUNDO - Esta historia documental del siglo XX comprende una introducción general ("Origen y futuro del siglo XX") y tres partes: "El auge del colonialismo (1900-1917)", "De la Revolución Rusa a Hiroshima (1917-1945)" y "La rebelión del Tercer Mundo (de 1946 a nuestros días)". Se han publicado ya los fascículos correspondientes a la introducción (1-3), a la primera parte (4-33) y casi la mitad de los que integran la segunda parte (34-70). A cada una de las partes o series corresponde un tomo, subdividido en tres volúmenes. De los nueve volúmenes de Siglomundo se ha encuadernado ya el primero y muy pronto estarán encuadernados los dos siguientes.



El crecimiento de la población mundial

Hace 100.000 años, en un mundo desconocido y lleno de peligros, poblado todavía por las grandes fieras carnívoras, apenas unos cientos de millares de dispersos cazadores y recolectores recorrían los bosques y las praderas en busca de sustento. Urgidos por el compulsivo llamado de la supervivencia, e los extraños merodeos —nuestros antepasados— abandonaban con frecuencia los campos de caza agotados y emprendían durante extenuadoras jornadas la persecución de los rebaños que se desplazaban en busca de nuevas pasturas. Una res caída al amanecer, luego de días de acecho, detenía brevemente al raro y erecto animal que conocía el arte de emboscarse y manejar con singular precisión la cuña de piedra y el dardo. En algunas ocasiones, la tensa dispersión era contenida, sobre el límite de vastos territorios inexplorados, por la presencia de otros cazadores, que imponían a los recién llegados la superioridad de su número o de armas certeras y desconocidas. Estaban también los largos inviernos, las sequías que esfumaban las aguas y los abrevaderos, las misteriosas enfermedades que en pocos días diezaban al grupo; toda esa inquietante constelación de peligros y avatares, en suma, que jalonaban la dura vida de nuestro abuelo primitivo. Pero el raro animal, sin embargo, conseguía sobrevivir. En el mismo instante en que un joven cazador caía abatido por el hacha de sílex o por la enfermedad, la fecunda madre primitiva daba a luz, en la entrada de los bosques, a un nuevo integrante de la horda.

Algunos miles de años después, los descendientes del trashumante cazador o recolector primitivo constituían grupos cada vez más compactos en un paisaje que, gracias a la práctica humana, se iba adecuando gradualmente a sus necesidades de supervivencia. Los nuevos agricultores habían elegido las tierras fértiles y las zonas más templadas del planeta, y comenzaban a germinar los rudimentos de la aldea y de nuevas formas de sociabilidad. Los desplazamientos estaban regidos ahora por un propósito más definido. Grandes masas de población migraban a través de la

tierra y se asentaban, pacífica o violentamente, en determinadas regiones geográficas. En el umbral de la era cristiana los escasos millares de habitantes del paleolítico se habían transformado en aproximadamente 300 millones de seres, y durante siglos esta cifra crecería lentamente hasta alcanzar, hacia 1600, los 545 millones y duplicar esta cantidad —en pleno proceso de la revolución industrial— sobre el filo de 1850.

Las hambrunas y las epidemias, como causantes de verdaderas catástrofes en el crecimiento de la población, fueron cediendo terreno gracias al vigoroso empuje de la ciencia y la tecnología, cuya acción conjunta permitió controlar éstas y otras causas de muerte. Puede afirmarse que los adelantos experimentados en el terreno de la medicina, tanto en los aspectos asistenciales como en los sanitarios, la mejor nutrición y los mayores niveles de vida, fueron anulando en forma paulatina pero eficaz, las causas principales de los altos índices de mortalidad registrados en etapas anteriores, circunstancia que, sumada al paralelo mantenimiento de una elevada fecundidad, provocó un rápido crecimiento de la población mundial. Este fenómeno, iniciado en los países europeos durante nuestra era y acentuado principalmente a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se conoce con el nombre de *revolución demográfica*. Un dato sumamente elocuente certificará lo gráfico de esta denominación: los 1.000 millones de habitantes de 1850, como dijimos, se convirtieron en 100 años en 2.509 millones. El fenómeno, por supuesto, tiene características propias, que guardan una estrecha relación con el grado de desarrollo de las distintas regiones del planeta. En los países industrializados, por ejemplo, se asistió a un proceso de desarrollo económico y social previo, que condujo al control gradual de la mortalidad, en tanto que en los países con un menor desarrollo —en los que se habían adoptado esa masa de nuevos conocimientos científicos sin un cambio correlativo de la estructura económica— el descenso de la mortalidad fue vertiginoso, circunstancia que, sumada al mantenimiento de una alta fe-

cundidad provocó lo que algunos autores han denominado, con cierto sesgo alarmista, un crecimiento "explosivo" de la población. Baste citar, como ejemplo ilustrativo, que en Ceilán, luego de rociar con DDT para combatir al mosquito de la malaria, se redujo la tasa de mortalidad de 20 a 14% en sólo un año (1946), en tanto que para obtener una reducción de esa magnitud Inglaterra necesitó nada menos que sesenta años.

La transición demográfica

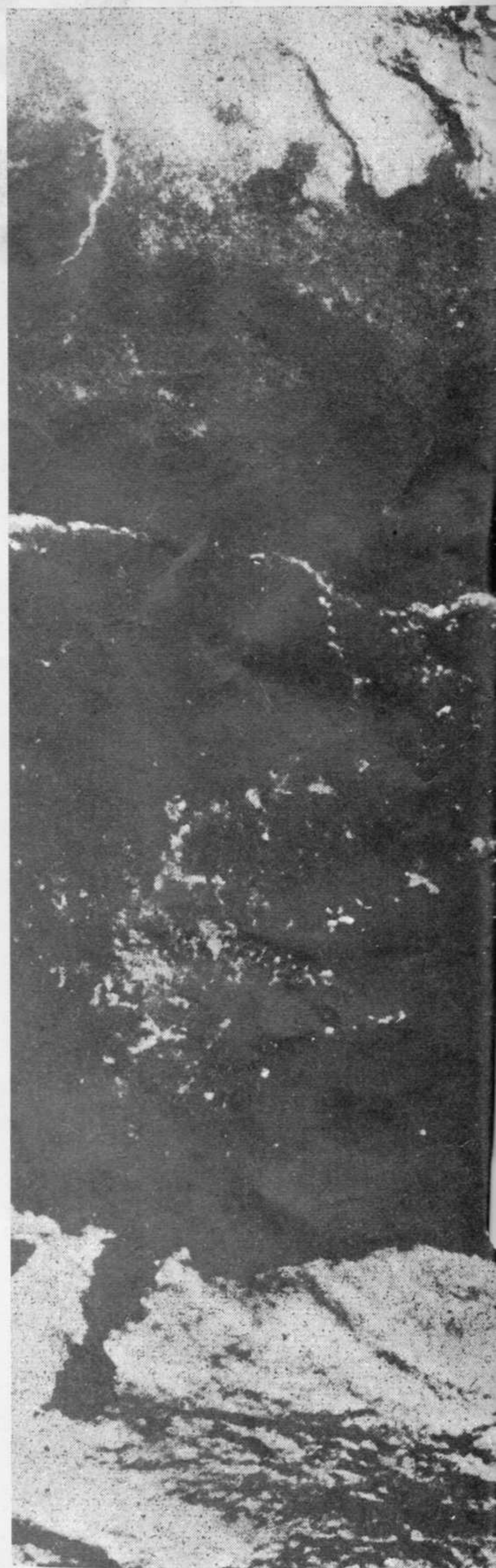
Todo país que haya pasado de un sistema económico esencialmente agrícola a otro basado en la industria, ha verificado paralelamente, en general, un tránsito entre una situación de alta mortalidad y fecundidad y otra de niveles muy bajos. Esta ha sido, en síntesis, la experiencia de los países industrializados y en ella se basa el modelo de la transición demográfica según el cual las sociedades preindustriales se caracterizan por elevados niveles de mortalidad y fecundidad que conducen a un peculiar tipo de crecimiento de su población.

A esta etapa de alto potencial demográfico le sucede otra de transición caracterizada por un alto crecimiento: a medida que las sociedades avanzan en su proceso de industrialización, los cambios sociales y económicos implícitos en el proceso producen la caída de la mortalidad, mientras que la fecundidad arraigada en fuertes determinantes culturales —tales como preceptos religiosos, normas de carácter económico ligadas a la agricultura y el pastoreo, etc.— no se modifica inmediatamente ante dichos cambios.

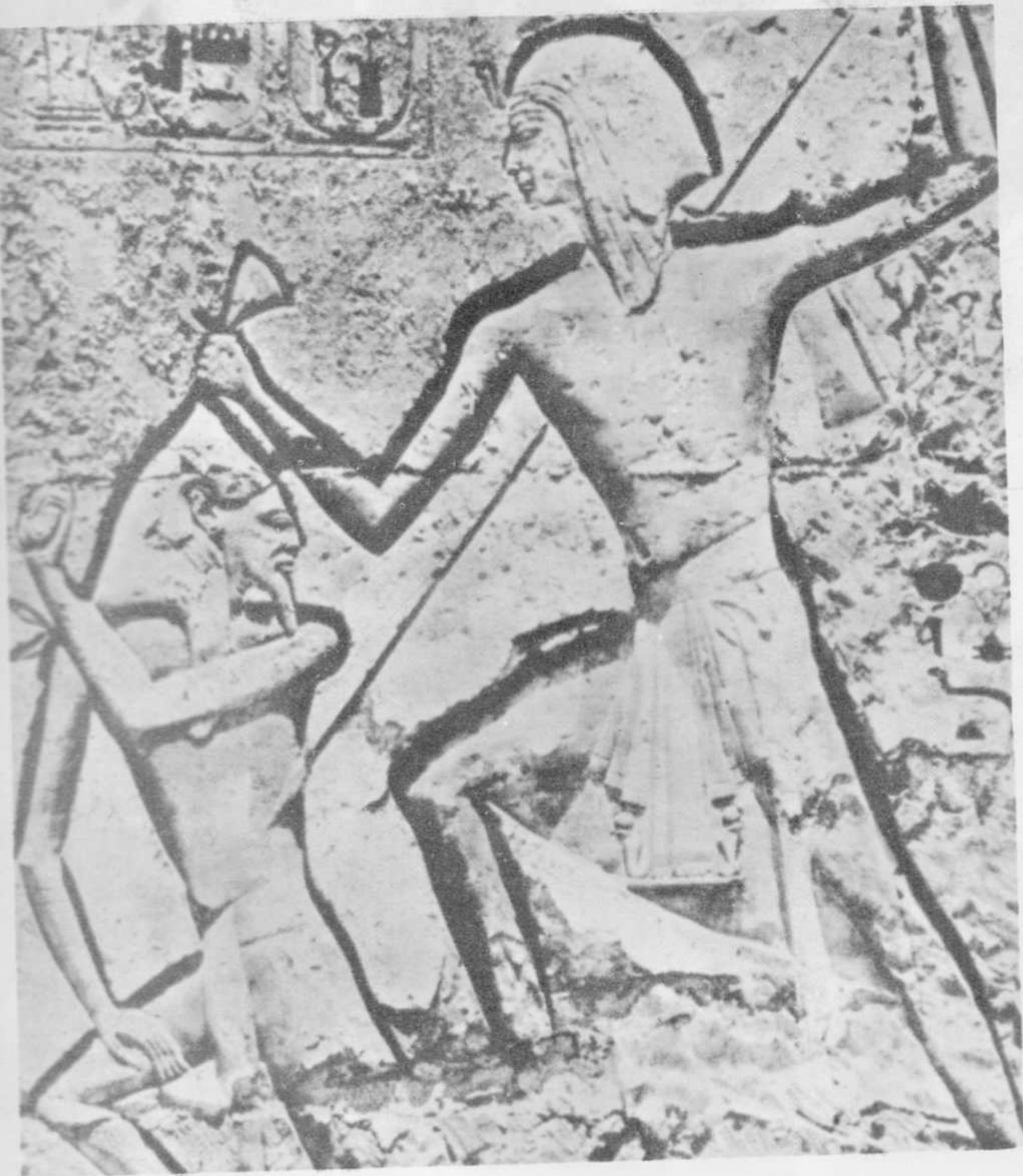
Recién cuando las sociedades alcanzan un grado relativamente alto de desarrollo y de modernización ceden los factores que mantenían alta la fecundidad, llegando así a la etapa de bajo potencial demográfico, con bajos niveles de mortalidad y fecundidad y con un lento crecimiento de la población. Tal es el caso de países como Suecia, Bélgica, Gran Bretaña, o Francia, cuyo ritmo de crecimiento es dos o tres veces inferior al de los países del Tercer Mundo.

La predicción del curso futuro de la

Mientras los seres humanos ejercieron, como métodos fundamentales de supervivencia, la caza y la recolección de alimentos, el número de la población permaneció estable; según ciertos cálculos hipotéticos, no más de algunos centenares de miles en todo el globo. En efecto, tanto un método como el otro (caza y recolección), dependen pasivamente de los resultados que arroje el proceso de la naturaleza en sí mismo, sin ninguna intervención activa por parte del hombre para controlarlo y modificarlo. En tales condiciones productivas, las posibilidades vitales de la humanidad eran en extremo reducidas, y esto se traduce en la cantidad global de hombres que pueden sobrevivir. Sin embargo, el fuego y la posibilidad de fabricar ciertas armas y herramientas constituían entonces una cultura que preanunciaba los desarrollos ulteriores de la humanidad. En la ilustración, uno de los relativamente pocos rastros del hombre en aquellas épocas: una pintura rupestre, en Altamira, España.







CRECIMIENTO DE LA POBLACION MUNDIAL, 1650-1960

Año	Población Mundial		Area Cultural Europea		Resto del mundo	
	Tasa anual estimada de crecim.		Tasa anual estimada de crecim.		Tasa anual estimada de crecim.	
	(mill.)	(por cien)	(mill.)	(por cien)	(mill.)	(por cien)
1650	545	—	118	—	427	—
1750	728	0.3	158	0.3	570	0.3
1800	906	0.4	219	0.7	687	0.4
1850	1.171	0.5	335	0.9	836	0.4
1900	1.608	0.6	573	1.1	1.035	0.4
1950	2.406	0.9	935	0.9	1.471	0.9
1960	3.010	1.8	1.069	1.5	1.941	2.0
1962	3.135	2.1	1.102	1.5	2.033	2.3

Fueron el pastoreo ganadero y la agricultura las primeras formas productivas que, con un carácter activo, iniciaron el camino de la independencia de la humanidad de las condiciones meramente dadas de la naturaleza. Ellas, y más particularmente la agricultura, hicieron dar un salto a las sociedades en cuanto a las posibilidades medias de vida, lo cual incrementó notablemente la población. Al producirse en el plano de la técnica lo que Gordon Childe ha llamado "segunda revolución" o "revolución urbana", aparecieron las primeras ciudades estables propiamente dichas, fundadas en culturas agrarias, que clásicamente, en su conjunto, han sido consideradas las primeras "civilizaciones" históricas. En las ilustraciones vemos un bajorrelieve y un altorrelieve correspondientes a la antigua civilización egipcia.

fecundidad en base a esta teoría tiene sus riesgos, ya que poco se sabe sobre cuál es la reacción del nivel de la fecundidad ante cambios sociales y económicos en países con características distintas a las que presentan los países desarrollados. Mientras la menor mortalidad ha sido y es un objetivo social compartido por todos, las innovaciones en materia de fecundidad, como lo prueban los espinosos debates sobre el empleo de anticonceptivos, responden a modificaciones básicas del sistema social y de los valores individuales. En los países menos desarrollados de América latina, Asia y Africa, la reducción de la mortalidad y la persistencia de una alta fecundidad provocan crecimientos de población sin precedentes en la historia. Tomando como referencia las cifras correspondientes a 1650 (545 millones de habitantes) el planeta Tierra necesitó trescientos años para quintuplicar su población y llegar a 2.509 millones en 1950. Si la dinámica del crecimiento había residido hasta fines del siglo XIX en el área de cultura europea a partir del actual, el eje de la situación se desplaza hacia los países del Tercer Mundo, en cuya área se alcanzan tasas sin paralelo del 2% anual. Algunos autores, sin embargo, consideran que no es lícito calificar de "explosiva" a una situación de esta naturaleza y acotan, como lo hace el profesor Glass, de la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, que "en química no podría clasificarse de explosión un proceso de análoga intensidad". Pero resulta evidente que si la población sigue creciendo a tasas similares tardará sólo treinta y cinco años en duplicarse, con lo cual a fines de siglo seremos alrededor de 6.000 millones de habitantes sobre la Tierra.

La mortalidad

Existe una relación causal entre el nivel de ingresos, la proporción de analfabetos y los servicios médicos y sanitarios con que cuenta un país y su tasa de mortalidad. La modificación conjunta o independiente de esos factores repercute necesariamente y a corto plazo en la tendencia de la mortalidad. Así como varía el

nivel de la mortalidad de acuerdo con las condiciones que presentan los distintos países, varía la composición por causa de las defunciones. En los países con altos niveles de mortalidad, que son precisamente los que se encuentran en las peores condiciones económicas y sociales, tienen mayor peso las llamadas causas de muerte exógenas, o sea las provocadas por las malas condiciones del medio ambiente y las menos resistentes a los programas de salud y a los progresos médicos, como son las enfermedades infecciosas y parasitarias: fiebre tifoidea, disentería, difteria, tuberculosis, sarampión, gastritis, enteritis, colitis, influenza, neumonía, etc. Estas enfermedades, transmisibles en su mayor parte, afectan primordialmente a la población juvenil.

En los países con bajos niveles de mortalidad, donde ya han sido controlados los factores mencionados, predominan, por el contrario, las causas de muerte endógenas, tales como las enfermedades cardiovasculares y renales, los distintos tipos de cáncer y las muertes debidas a accidentes. La prevalencia de estas causas de muerte se asocia al intenso ritmo de la vida moderna y actúan sobre todo en las edades avanzadas.

Los datos históricos de que disponemos nos permiten afirmar que hace 150 años la tasa de mortalidad de los países europeos no difería sustancialmente de la que corresponde en nuestros días a las áreas insuficientemente desarrolladas, y que predominaban, como factores determinantes de su alto nivel, agentes tales como el hambre y las epidemias. Se ha estimado, por ejemplo, que en las primeras décadas del siglo XIX la tasa de mortalidad de la población europea oscilaba alrededor del 32 por mil, cifra que coincide con la tasa del 30 a 35 por mil que correspondía en 1937 a la pauperizada población africana. El descenso de la mortalidad se debió al aumento del control que ejerce el hombre sobre su medio circundante. En Europa Occidental y América del Norte, el proceso de reducción se vio precedido por cambios en las condiciones económicas y sociales que hicieron posible el mejoramiento del nivel de vida de toda la población y

el avance del conocimiento científico. Los progresos realizados en los últimos cien años condujeron a los descubrimientos médicos y sanitarios más significativos en la lucha contra las enfermedades. Entre 1778 y 1796 Jenner descubre y aplica la vacuna contra la viruela; en 1878 Pasteur enuncia la teoría microbiana de la enfermedad; en 1882, luego de 270 tentativas infructuosas, Roberto Koch identifica el bacilo de la tuberculosis. Hacia la misma época Patrick Manson realiza sus trabajos sobre enfermedades tropicales, y Elberth, Koch, Klebs y Löffler descubren los agentes causantes de la tifoidea, el cólera y la difteria. En 1894 Kitasato y Yersin descubren el bacilo de la temida peste y en 1897 Shiga y Flexner aíslan el bacilo de la disentería. A estos trascendentales aportes se sumarán poco después las investigaciones de Ronald Ross sobre el vector de la malaria y los trabajos de Gorgas sobre la fiebre amarilla.

El uso planificado de los servicios médicos, la aplicación masiva de vacunas, la instalación de sistemas de agua potable y la eliminación de desechos, tuvieron una acción rápida y eficaz contra las enfermedades y las epidemias.

La mayor parte de los países de América Latina, Asia y Africa no verificaron disminuciones importantes en sus niveles de mortalidad hasta la segunda postguerra y éste fue un proceso provocado por la aplicación desde el exterior, de medidas médicas y sanitarias colectivas y no atribuible, en la mayor parte de los casos, al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

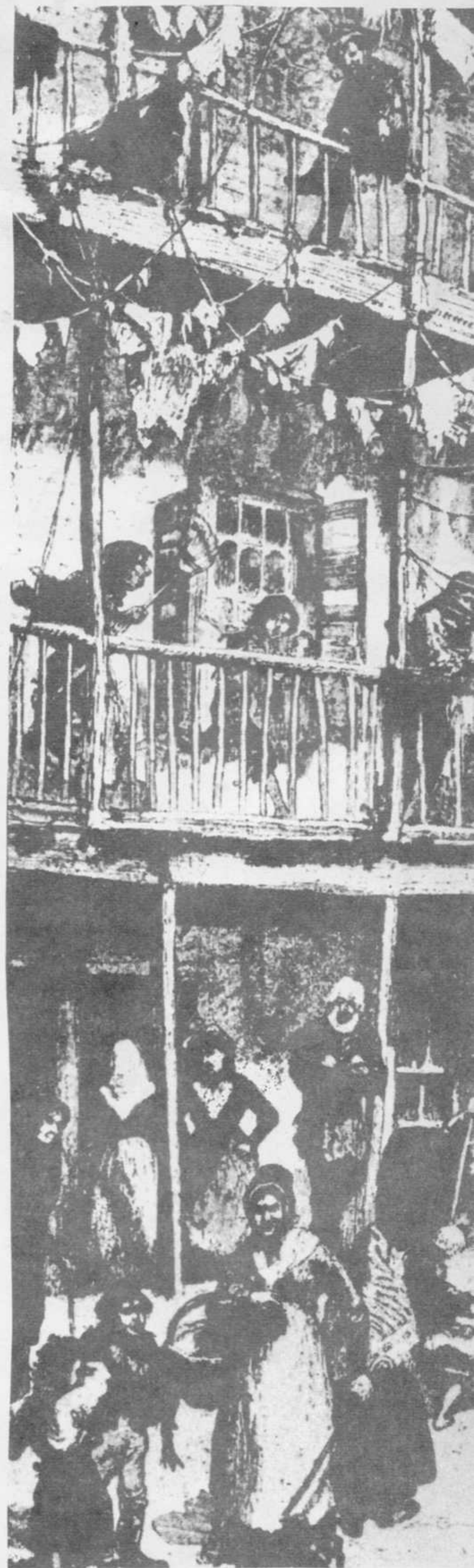
La mortalidad infantil

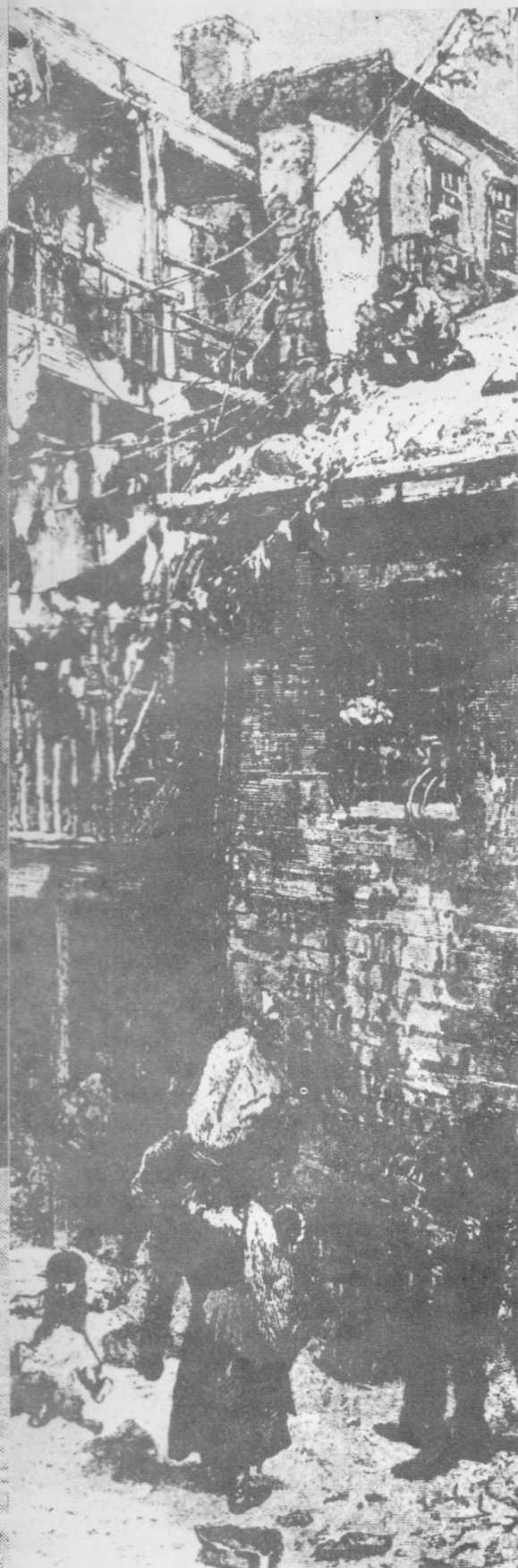
La mortalidad infantil o sea las muertes de niños menores de un año, constituye un indicador más válido que la mortalidad general acerca del grado de desarrollo en que se encuentra un país. Ya hemos visto que sin necesidad de responder a cambios estructurales profundos, es posible reducir la mortalidad de la población por la acción que se ejerce contra los agentes de las enfermedades infecciosas y parasitarias. La acción más eficaz contra ellas se ha logra-

do. Uno de los saltos más notables que, en materia demográfica, se ha constatado históricamente, es el que ha acompañado a la denominada "revolución industrial" o proceso de industrialización.

A diferencia de los casos más antiguos en que los cambios de las fuerzas productivas trajeron un cambio en el número y composición de la población, ya en la primera manifestación de la "revolución industrial", o sea, la producida en Inglaterra, a mediados del siglo XVIII, se pudo contar con cifras estadísticas, cuya traslación a una gráfica, permite apreciar una brusca curva hacia arriba a partir de la mitad del siglo. Desde luego, el proceso estuvo acompañado del hacinamiento en las ciudades, en condiciones miserables, de los proletarios, como podemos apreciar en la ilustración.

Las posibilidades de trabajo, según fuera el desarrollo económico de cada país, han influido decisivamente en las migraciones. A la derecha, emigrantes irlandeses llegan a Estados Unidos.





POBLACION MUNDIAL ESTIMADA POR REGIONES - 1800-1950
(En millones)

Región	AÑO			
	1800	1850	1900	1950
AFRICA	90	95	120	199
AMERICA DEL NORTE Y OCEANIA	8	28	87	179
AMERICA LATINA	19	33	63	162
ASIA (EXC. URSS)	597	741	915	1.272
EUROPA Y URSS. .	192	274	423	594
TOTAL	906	1.171	1.608	2.406

TASAS DE MORTALIDAD Y DE MORTALIDAD INFANTIL
(POR MIL) DE AMBOS SEXOS
DE ALGUNOS PAISES DEL MUNDO

REGION Y PAIS	Tasa de mortalidad				Tasa de mortalidad infantil	
	1906-10	1911-13	1921-25	1935-39	1905-09	1935-39
EUROPA						
Dinamarca, Inglaterra, Noruega, P. Bajos y Suecia	14.1			10.7		
Resto de Europa Occidental	17.7			13.3		
Europa Meridional	21.7			15.6		
Europa Oriental	24.5			15.7		
AMERICA DEL NORTE Y OCEANIA						
Australia	10.8			9.6	79.1	39.1
Nueva Zelandia	9.7			9.0	69.6	32.3
Estados Unidos	15.3			11.0	136.9	53.2
Canadá				9.9		68.4
		30.2 a	20.3 b	17.6 c	273.0 a	184.0 c
UNION SOVIETICA						
AMERICA CENTRAL						
Costa Rica		25.0	23.1	20.0		142.7
El Salvador	24.7	25.0	23.9	21.1		125.4
Guatemala				26.5		103.8
México			25.5	23.3		127.6
Puerto Rico			21.0	19.1		122.9
AMERICA DEL SUR						
Argentina		16.8	14.4	11.6		98.8
Chile	32.5	31.0	30.3	23.3		240.8
Uruguay	13.6	13.5	11.5	10.0		94.1
Venezuela		22.0	19.1	17.8		135.3
ASIA						
Birmania		25.4	21.0	22.0		202.1
Ceilán		31.8	27.8	24.5		182.8
Corea			19.7	18.9		
China (Taiwan)			24.0	20.2		144.5
Chipre			19.9	14.4		122.7
Federación Malaya		36.9	24.7	20.7		149.6
Filipinas		19.1	18.0	16.6		140.9
India	35.4	29.9	26.0	22.6		
Israel			13.6	8.2		
Japón	20.9	20.2	21.8	17.4		110.4
Singapur				22.3		155.1
Viet-Nam				22.9		

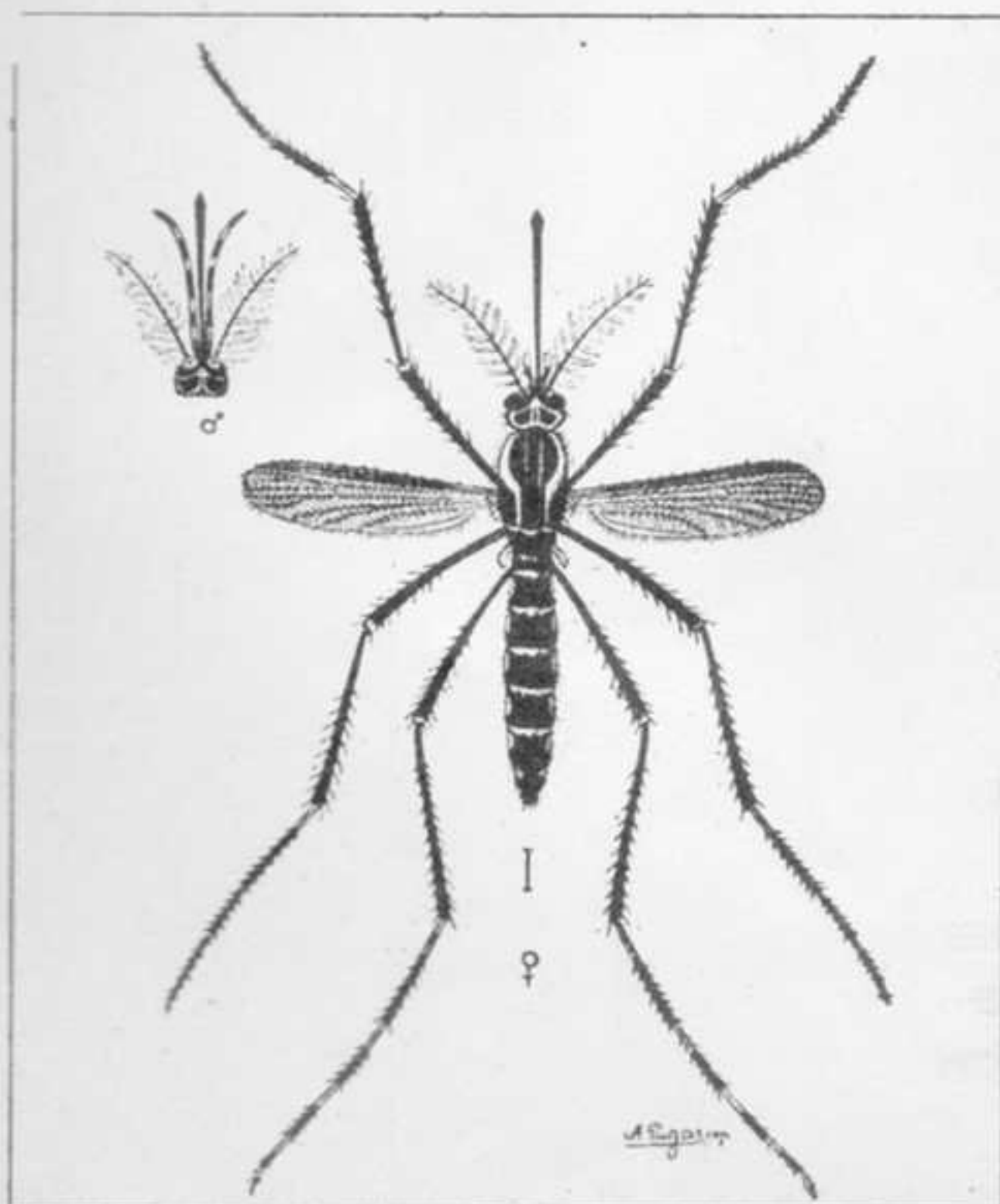
a 1913.

b 1926.

c 1938-40.



Mucho más que el aumento de la tasa de natalidad, el factor que parece ser decisivo para el aumento de la población en el mundo moderno es el descenso de la tasa de mortalidad. A su vez, dentro de los factores particulares que condicionan ese índice, uno de los más importantes es el mejoramiento de las condiciones sanitarias. Desde luego, condiciones sanitarias es un concepto que puede ser entendido en sentido muy amplio, ya que la buena alimentación o su falta, la vivienda higiénica o su falta y otras cuestiones no estrictamente médicas, condicionan, sin duda, la salud de la población, en sus niveles más básicos. Pero esto no puede hacer olvidar la importancia de la erradicación, por ejemplo, de enfermedades mortales o muy graves, en su incidencia sobre la tasa de mortalidad. En la ilustración de arriba, vemos uno de los métodos usados para la eliminación del mosquito, durante la construcción del Canal de Panamá; abajo, un dibujo del mosquito transmisor de la fiebre amarilla.



do con respecto a las edades comprendidas entre la infancia y la madurez. Si bien se ha avanzado mucho en cuanto a disminuir las muertes de los más pequeños, la persistencia de tasas de mortalidad infantil elevadas en los países insuficientemente desarrollados, se debe a que la población infantil es más sensible a las condiciones del medio ambiente, en especial en lo referente a alimentación, vivienda e higiene, factores que dependen estrechamente del nivel económico, social y educativo de los padres. Un niño vacunado contra la viruela estará inmunizado, pero si no consume diariamente una cantidad determinada de leche y si no recibe la atención necesaria, sus posibilidades de sobrevivir o de desarrollarse normalmente se verán seriamente amenazadas.

No obstante el descenso general de la mortalidad que se produce en todo el mundo a lo largo de este siglo, la mortalidad infantil sigue representando en muchos países una gran proporción del total de defunciones y las diferencias entre los países reflejan reales divergencias en las condiciones de vida que imperan en los mismos y en la acción efectiva que llevan adelante los respectivos gobiernos.

En el siglo XIX no era una excepción una tasa de mortalidad infantil que sobrepasara los 200 por mil nacidos vivos. A comienzos de este siglo las tasas tenían límites de variación tan grandes como ser 82 por mil en Nueva Zelandia, 199 por mil en Alemania y 349 por mil en Chile. Los países que más redujeron sus niveles de mortalidad infantil fueron lógicamente, los que más avanzaron con respecto a la mortalidad en general, o sea los países de Europa Occidental, Oceanía y América del Norte.

La fecundidad

El análisis de la fecundidad tiene una gran importancia para comprender los fenómenos demográficos de este siglo. Los cambios en los niveles de fecundidad, aún más que los cambios en la mortalidad, producen modificaciones en la composición por edades de la población. Si representamos geográficamente la distribución por

edades de una población con alto índice de fecundidad obtendremos una pirámide de base ancha, que se va angostando sensiblemente hacia la cúspide. La pirámide que correspondería a una población con baja fecundidad ofrecería, por el contrario, una base menos ancha y un adelgazamiento menos rápido y evidente, como se observa en los casos de poblaciones envejecidas cuando la fecundidad y la mortalidad son bajas. El envejecimiento de las poblaciones de los países occidentales tuvo su origen en la declinación de sus niveles de fecundidad, mientras que la persistencia de una alta fecundidad en la mayoría de los países de América Latina, Asia y África produce una población muy joven, que, concomitante con el descenso de su mortalidad lleva a los altos crecimientos de población de esas regiones.

No existe acuerdo acerca de los factores determinantes de la fecundidad, y resulta muy difícil aceptar un modelo originado en la experiencia de los países industrializados, en especial porque en las áreas con insuficiente desarrollo se observa una falta de correlación entre la rápida declinación de la mortalidad y la fecundidad, cuyas tasas no manifiestan señales de iniciar un descenso.

La disminución de la fecundidad es atribuida, simultáneamente, a factores voluntarios e involuntarios. Dentro de los primeros se involucran todos aquellos factores que se considera contribuyen a reducir la capacidad reproductiva, tales como la exposición de las mujeres a trabajos insalubres, la propagación del alcoholismo y las drogas, el mayor consumo de proteínas en la dieta y la menor frecuencia de las relaciones sexuales como consecuencia de las tensiones de la vida moderna. Los especialistas sostienen que factores de esta naturaleza de ningún modo pueden ser determinantes del descenso de la fecundidad, sino que han contribuido a acentuar un proceso ya iniciado y de más compleja configuración. Es igualmente aceptado, en cuanto a la capacidad de reproducción en sí misma, que la reducción de las enfermedades infanto-juveniles y de sus secuelas ha hecho desaparecer a un nutrido contingente de personas con

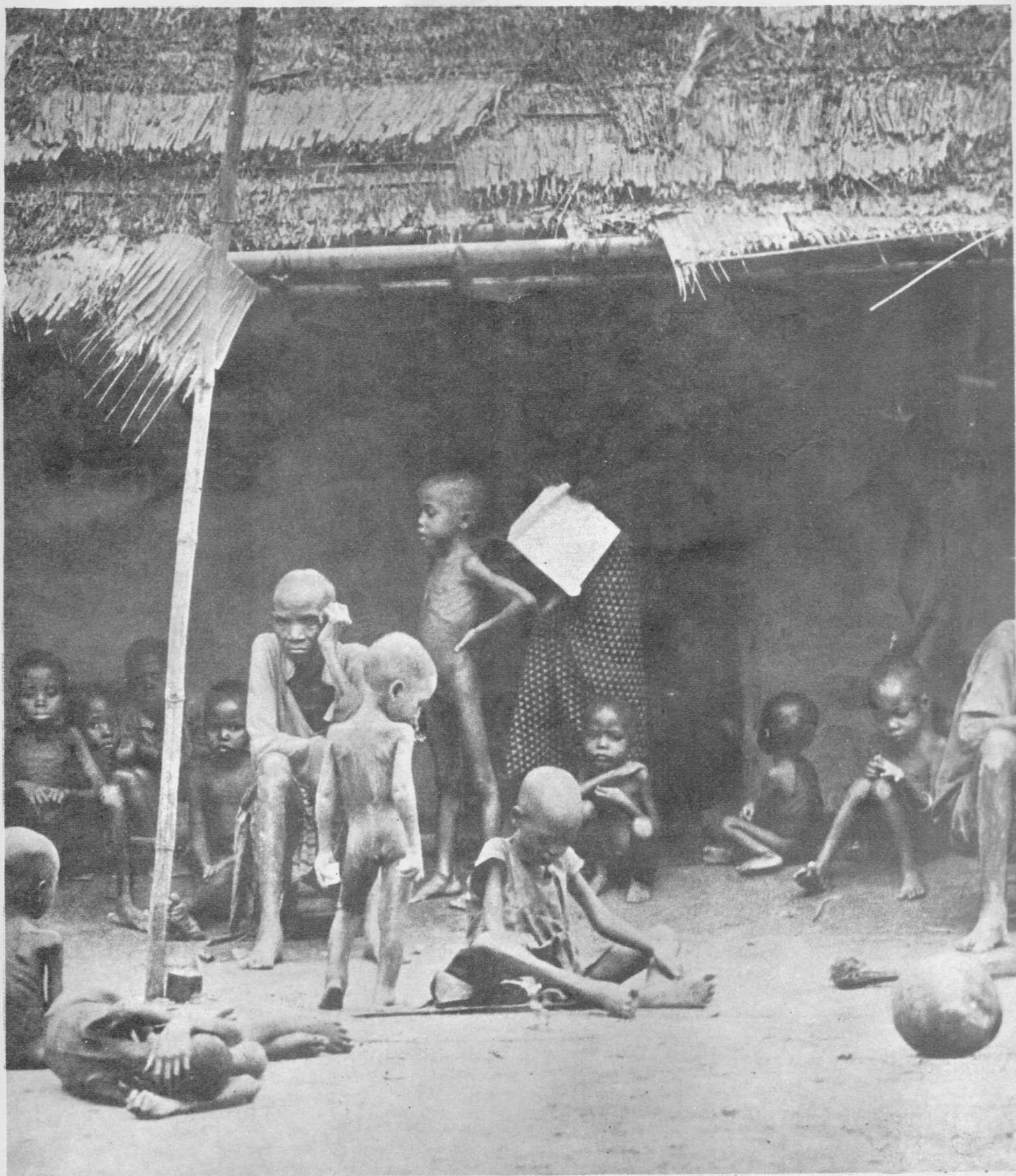
deformidades que impedían una normal gestación, como en el ejemplo clásico de las malformaciones pelvianas provocadas en las niñas por la desnutrición crónica.

Quedan entonces por considerar los factores voluntarios, o sea los esfuerzos conscientes y deliberados por parte de las parejas para limitar la fecundidad. Si se considera el problema como un cambio de actitud, es necesario distinguir el origen y las causas de ese cambio. La mayoría de los autores coinciden en que la declinación de la fecundidad no puede ser explicada por algún aspecto particular de la transformación de las sociedades en los últimos siglos, como podría ser el mayor grado de urbanización o la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, sino al conjunto de causas interrelacionadas que ejercieron influencia para producir transformaciones en la sociedad.

Entre los factores que merecen señalarse como más importantes, desde el punto de vista de su influencia en los cambios producidos en los países industrializados respecto de la fecundidad, podemos citar: el relajamiento de la tradición; el crecimiento de los núcleos urbanos; el medio favorable que representan las grandes concentraciones humanas y los nuevos medios de comunicación para la propagación de actitudes innovadoras, que provienen en su génesis de reducidos sectores sociales; la mayor movilidad social y las aspiraciones de mejores niveles de vida y educación; la creciente participación de la mujer en ocupaciones remuneradas fuera del hogar, lo que supone una reestructuración de la vida familiar; la reducción de la mortalidad infantil que trae como consecuencia un mayor número de hijos sobrevivientes, con lo cual pueden reducirse los embarazos sin que varíe el número de hijos considerado como ideal necesario; el descubrimiento de métodos anticonceptivos más eficaces y la extensión de su uso a capas más amplias de la población, etc.

El aglutinamiento de los elementos arriba mencionados condujeron al predominio de la familia de clase media urbana en los países occidentales más desarrollados. Sus pautas pre-

Técnicamente, se entiende por "mortalidad infantil", el conjunto de decesos de niños menores de un año. El estado o la tasa de la mortalidad infantil repercute decisivamente sobre la tasa general de mortalidad y al mismo tiempo sobre lo que se denomina "espectativa de vida" de cada individuo al nacer en una sociedad dada. En este plano se muestra muy claramente la relación entre los fenómenos demográficos y la situación de cada sociedad en materia de desarrollo económico. En efecto, la mortalidad infantil es uno de los flagelos que se presenta típicamente en los países dependientes, también llamados subdesarrollados o "periféricos". En la ilustración, vemos los efectos de la desnutrición sobre un grupo de niños africanos.



අමුසැමියන්ට හොම්ලේ උපදෙස්

தம்பதிகளுக்கு இவைச ஆலோசனை



මුල් සංවිධාන සංගමයෙන් විච්ඡන්ත

5, ໂຮງກັ່ນ ຫຼັກ, ໂຮງກັ່ນ. 7

23/5, ஹோட்டல் பிளேஸ் கொழும்பு.7

DISCUSSION

La disminución de la mortalidad es un objetivo de la política demográfica reconocido casi universalmente. Aun aquellos que al promover una política de explotación económica o agresión militar causan, en los hechos, su aumento, en la expresión literal de su política —como “un homenaje que el vicio rinde a la virtud”— afirman la necesidad de disminuirla, particularmente la mortalidad infantil. Pero si las teorías racistas acerca de la “selección natural” que trae la guerra, por ejemplo, han perdido eficacia, el “neo-malthusianismo”, que tiene la misma raíz clasista y regresiva, se ha lanzado a discutir frontalmente acerca de la necesidad de disminuir la natalidad en los “países pobres”, posición sostenida por el miedo a las revoluciones sociales en esos países. En la ilustración, vemos un cartel de propaganda contra la natalidad excesiva, escrito en lengua tamil, que se habla en el Sur de la India y Ceilán.

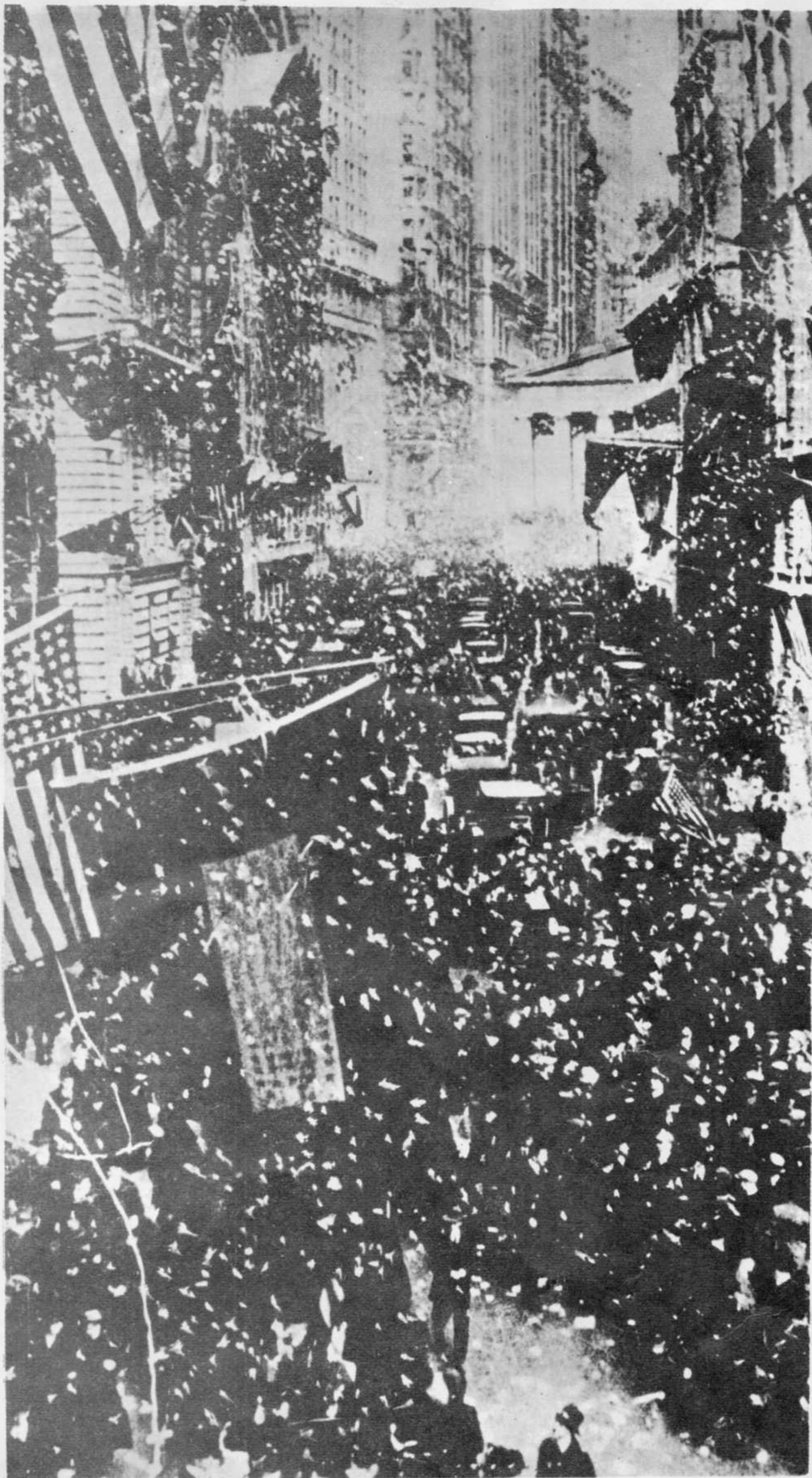
**TASAS DE NATALIDAD (POR MIL)
DE AMBOS SEXOS DE ALGUNOS PAISES
DEL MUNDO**

REGION Y PAIS	Tasa de natalidad					
	1900-04	1906-09	1910-14	1920-24	1925-29	1935-39
EUROPA						
Europa Sept. y Occidental		25-30			19	16
Europa Central		35			23	20
Europa Meridional		37			30	25
AMERICA DEL NORTE Y OCEANIA						
Australia	26.7		28.1	24.4		17.2
Nueva Zelandia	26.3		26.2	23.0		17.4
Estados Unidos				22.8		17.2
Canadá				28.1		20.4
UNION SOVIETICA	48.0		45.3	38.0		33.8
AMERICA CENTRAL						
Costa Rica		44.0	47.5	43.4		45.0
El Salvador		45.4	49.0	45.9		42.7
Guatemala				62.6		47.7
México		33.6	32.1	31.4		43.5
Puerto Rico						39.1
AMERICA DEL SUR						
Argentina		37.2	37.4	32.0		24.0
Chile			46.0	42.4		36.6
Venezuela			29.8	29.9		32.7
ASIA						
Ceilán		37.4	37.5	38.5		35.6
China (Taiwan)		40.2	42.3	41.8		44.7
Chipre		30.9	31.2	27.6		31.8
Federación Malaya						40.6
India		48.0 a		46.0 b		45.0 c
Israel				34.5		27.1
Japón		32.3	33.8	35.1		29.3
Singapur			23.3	28.9		46.0

a 1901-10

b 1921-30

c 1931-40



La mayoría de los países europeos ha alcanzado ya la disminución de sus tasas de natalidad en alrededor del 10 por mil, nivel que una vez logrado, provoca una cierta desaceleración de esa disminución, o sea, una estabilización relativa. La tasa de natalidad en Europa ha tendido a disminuir desde el siglo XIX. Los países de América del Norte y de Oceanía, en términos generales, presentan condiciones de vida y salud muy similares a la de los países del norte de Europa. En materia de tasas de mortalidad y expectativa de vida, Nueva Zelanda y Australia están la cabeza de este conjunto de países, pues superan a Estados Unidos y Canadá. En la ilustración una concentración pública en una calle de Nueva York.

suponen una serie de actitudes, conductas y valores sociales conducentes a la limitación de los nacimientos. La utilización de una parte cada vez mayor de los ingresos familiares para el ocio y la recreación, la educación y el consumo de productos manufacturados, como el televisor y el automóvil, inhibe en forma deliberada el aumento del tamaño de la familia.

Variaciones geográficas de la mortalidad y la fecundidad

Cuando se habla del comportamiento demográfico de un país o región no debe olvidarse que ello indica la pauta general, ya que tanto la mortalidad —especialmente la mortalidad infantil—, la fecundidad y las migraciones tienen importantes diferencias según las diversas condiciones a que están sometidos los distintos grupos sociales dentro de un mismo país o región.

Se han hecho numerosos estudios de carácter local a fin de medir las diferencias de mortalidad y fecundidad entre los diversos grupos de un país. Se ha encontrado, en general, que las características socio-económicas de los individuos, el grado de instrucción, y el grado de exposición a la urbanización son los rasgos más importantes de las variables demográficas.

Europa

Entre los países de Europa que cuentan con estadísticas desde principios de siglo, los únicos que en la primera década tenían tasas de mortalidad inferiores a 15 por mil eran Dinamarca, Suecia, Noruega, Países Bajos e Inglaterra y Gales, grupo que siempre poseyó las condiciones económicas y sociales más favorables para obtener un alto nivel de salud y una baja tasa de mortalidad. Los restantes países de Europa Occidental presentaban tasas entre 15 y 20 por mil, mientras que en Europa Meridional y Oriental siempre superaron el 20 por mil.

Alrededor de 1940 se reflejan las mismas tendencias, pero los grupos

de países más favorecidos no disminuyen tan notablemente sus tasas, como lo hacen los países de Europa Meridional y Oriental.

Deben destacarse dos factores: en primer lugar el hecho de que una vez alcanzada una tasa de mortalidad cercana al 10 por mil el ritmo de reducción se desacelera, pues existe ya un control eficaz sobre las causas de mortalidad exógenas y resulta más importante la acción sobre las causas de muerte endógenas, que son más difíciles de reducir. En segundo lugar, las tasas de mortalidad no indican fielmente el nivel de mortalidad de un país, ya que es una medida condicionada por la estructura de edad de la población y, por ejemplo, una población caracterizada por la existencia de mucha gente joven y pocos ancianos es muy favorable a una baja mortalidad y puede tener una tasa de mortalidad más baja que la correspondiente a una población envejecida, aunque el verdadero nivel de mortalidad de esta última sea menor. Tal es el caso de los países de Europa Meridional que poseen una población mucho más joven que la de los países de Europa Occidental y pueden acercarse al mismo nivel de las tasas, cuando obviamente las condiciones de vida son muy distintas. Los datos de mortalidad obtenidos para 1940 aproximadamente, indican que sólo en Noruega, Suecia, Países Bajos e Inglaterra, las tasas de mortalidad infantil eran inferiores a 60 por mil, variaban entre 60 y 100 por mil en el resto de los países de Europa Occidental y superaban los 100 por mil nacidos vivos en Europa Meridional y Oriental, con un porcentaje extremo de 182 por mil en el caso de Rumania.

Con la excepción de Francia, cuya tasa de fecundidad comenzó a descender a principios del siglo XIX, en ningún país europeo se manifiesta una tendencia descendente hasta fines de dicho siglo. En esta época Europa en su conjunto tenía una tasa de natalidad de 35 por mil, cifra más baja que la estimada en la actualidad para África —48—, América Latina —41— y Asia —40—. Las tasas más bajas se registraban en Europa Septentrional y Occidental, las más altas en Europa Meridional y las inter-

medias en Europa Oriental. Tales diferencias regionales persistieron, y siempre Europa Meridional estuvo a la zaga del proceso de reducción.

La fecundidad sigue una tendencia que puede ser advertida en lapsos muy prolongados, pero que en unidades de tiempo relativamente cortas sufre variaciones que dependen de los acontecimientos económicos (una etapa como la llamada "depresión del 30"), políticos (las vicisitudes de un proceso revolucionarios) o militares (las dos guerras mundiales que registra este siglo).

América del Norte y Oceanía

El conjunto de países que conforman América del Norte y Oceanía puede considerarse con condiciones de vida y sanitarias análogas a las imperantes en los países de Europa Septentrional. Los datos retrospectivos se refieren a la población europea de los países que componen la región, y es indudable que las nuevas condiciones de vida de la población indígena en Australia y Nueva Zelanda —fuertemente tocada por un proceso de conquista y colonización muchas veces despiadado— son muy dispares respecto de la europea.

Las tasas de mortalidad de Australia y Nueva Zelanda a principios de siglo, que oscilan en una magnitud cercana al 10 por mil, son menores a las correspondientes a Estados Unidos y Canadá. Este bajo nivel ha incidido en que la velocidad de reducción sea mucho menor y ello se ha visto neutralizado, además, por el envejecimiento de sus poblaciones. Alrededor de 1940 las tasas de mortalidad de Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Canadá resultan muy similares y oscilan alrededor del 9 por mil. Los datos de la esperanza de vida al nacer, que representa el número medio de años que se espera viva cada persona y que no está afectada por la estructura de edad de la población, eran los siguientes hacia 1910:

Nueva Zelanda: 62 años.

Australia: 57 años.

Estados Unidos: 50 años.

En el período comprendido entre 1900 y 1940 el decrecimiento de las tasas

de mortalidad infantil en los países de América del Norte y Oceanía ha sido más espectacular que el de las tasas de mortalidad. Precisamente las tasas de mortalidad infantil son más representativas que las diferencias geográficas o étnicas: en la primera década del siglo la tasa de Nueva Zelandia era de 70 por mil, mientras que la de Estados Unidos era de 137 por mil. Alrededor de 1940 la distancia entre sus tasas se acorta, aunque se mantienen las diferencias: Nueva Zelandia 32 por mil y Estados Unidos 53 por mil.

Las diferencias entre las tasas de la población indígena en Nueva Zelandia durante el período 1940-44, son muy demostrativas de las distintas condiciones de vida de los diversos grupos étnicos: los maoríes, arrinconados en la porción norte del archipiélago, tenían una tasa de mortalidad infantil de 101, frente a una de 30 por mil de los europeos.

La tendencia de la fecundidad en los países de América del Norte y Oceanía ha sido similar a la de Europa Septentrional y Occidental. En Australia y Nueva Zelandia los niveles de fecundidad comenzaron a descender a fines del siglo XIX, alcanzando sus tasas de natalidad valores cercanos a 26 por mil en 1900. En la primera década del siglo hubo un aumento en la tasa de natalidad por una oleada inmigratoria de personas en edades jóvenes, hecho que alteró la estructura de edades de la población en forma propicia al aumento de la fecundidad. Pero de inmediato se reafirmó la tendencia descendiente, que durante la década del 30 llegó a tasas de 17 por mil.

En Estados Unidos y Canadá se calcula que las tasas de natalidad del siglo pasado eran muy elevadas y el descenso de las mismas se ubicaría a comienzos del presente ofreciendo siempre Estados Unidos niveles inferiores a los de Canadá. El descenso fue continuo y se incrementó durante la depresión económica, para llegar en 1940 al 20 por mil de Canadá y el 17 por mil de Estados Unidos.

Unión Soviética

La Unión Soviética es, indudablemente, uno de los países que ha hecho

progresos más notables en la evolución de sus tasas de mortalidad. El Imperio Ruso y la Unión Soviética se contaban, hasta bastante después de la revolución de 1917, entre los países con condiciones de vida y salud más favorables para la existencia de una altísima mortandad entre la población. La reducción operada ha sido posible desde las primeras etapas de la industrialización porque ha estado constantemente acompañada por cambios en las estructuras económica y social, que determinaron la elevación general del nivel de vida de la población.

La Unión Soviética pasa de una tasa bruta de mortalidad del orden de los 32.4 por mil en 1896-97 a una tasa de 17.6 por mil entre 1938-40 y en las mismas fechas la esperanza de vida salta de 32 a 48 años. Durante la década de los años 20 el impacto del descenso de la mortalidad es perceptible, pues aumenta el ritmo de crecimiento de la población, ritmo que no pudo mantenerse porque durante el período de colectivización y de carestía de alimentos de la década siguiente, este proceso se desaceleró, para ser aún más seriamente perturbado durante la segunda guerra mundial, en la cual la Unión Soviética tuvo pérdidas de población que se tradujeron en una disminución de treinta millones de personas.

A pesar de las deficiencias en las estadísticas resulta claro que los adelantos más importantes en materia de reducción de la mortalidad se lograron especialmente a partir de 1945. Las tasas de mortalidad infantil de la Unión Soviética, aunque su exactitud presenta serias dudas, demuestran que contó hasta 1940 con niveles muy altos, pero que hasta esa fecha tuvo descensos importantes. Las limitadas estadísticas referidas al Imperio Ruso señalan que durante la segunda mitad del siglo XIX debía existir una tasa de natalidad superior a 50 por mil. Si bien parece que los niveles empiezan a disminuir a partir de este siglo, en la década de 1910 se calcula que la tasa aún era del orden del 45 o 46 por mil. La guerra de 1914 provocó la aceleración de la caída de la tasa, llegando en 1917 a 43 por mil. A partir de esta fecha se produce un descenso muy brusco

—en 1930 se calcula en apenas 30 por mil— por varias razones, entre las que conviene señalar los grandes desplazamientos de personas y los cambios en las relaciones familiares que provocó la incentivación de la industrialización, y la legalización del aborto efectuada durante el lapso 1920-1936. Estos factores confluyeron para neutralizar la formación de familias numerosas.

A partir de 1936 se prohíbe la práctica del aborto y con el segundo plan quinquenal de desarrollo se inicia una etapa de mayor tranquilidad económica y de intensificación de la asistencia social, lo que conduce a una temporal elevación de la natalidad. Esta, sin embargo, vuelve a retomar su ritmo descendente a partir de 1940, con una tasa de 31 por mil.

América Latina

La variedad de los índices de crecimiento o estancamiento de la población latinoamericana guarda una estrecha relación con la diversidad de las condiciones de vida existentes en los distintos países. Argentina y Uruguay, por ejemplo, ofrecen situaciones comparables con las imperantes en Europa, mientras que los países restantes ocupan una posición intermedia entre los países europeos y las áreas insuficientemente desarrolladas del Tercer Mundo.

Argentina y Uruguay, precisamente, son los únicos países en los que vienen descendiendo desde comienzos de siglo los niveles de mortalidad, con tasas de 16 y 13 por mil, respectivamente durante la década de 1910. Ambos alcanzan niveles relativamente bajos desde 1920 y por ello el ritmo posterior de descenso no es muy acelerado.

En los restantes países del continente la situación respecto de la mortalidad era muy mala hasta poco antes de la segunda guerra mundial; en 1921-1925 las tasas de algunos de ellos variaban entre 19 y 30 por mil, mientras que en 1940-1944 las tasas registraban oscilaciones entre 16 y 22 por mil, con la excepción de Guatemala, cuya tasa era muy alta. Es necesario señalar que los datos obtenibles para los países latinoamericanos subestiman el nivel de morta-

La Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas es un estado que presenta características peculiares en materia de demografía, lo cual no es de extrañar si se tiene en cuenta, en primer lugar, que fue el primer experimento socialista de la historia y, en segundo lugar, que desde que se inició dicho experimento ha tenido un desarrollo económico sumamente acelerado. En efecto, y por ejemplo, mientras la tasa de mortalidad era para 1896-97 del 34 por mil, pasó a ser de 17,6 por mil en el período 1938-40. Desde luego, este proceso se detuvo con las grandes mortandades sufridas por la población soviética durante la segunda guerra mundial, pero continuó a partir de la postguerra. Esas mortandades, causadas por la guerra, ocasionaron después una aguda escasez de fuerza de trabajo; en la ilustración, vemos carteles de reclutamiento para el trabajo fabril, en la postguerra, en la ciudad de Kiev.







La situación demográfica imperante en América Latina no es de ninguna manera homogénea y uniforme, sino que presenta considerables variaciones entre sus zonas y países. Es así que los países de la zona del Río de la Plata (Argentina y Uruguay) presentan situaciones que, en cierto modo, se pueden comparar a las europeas, aunque, particularmente en la Argentina, haya diferencias notables entre distintas zonas de su propio territorio. Los países donde las condiciones de vida parecen ser más duras son aquellos en los cuales las evaluaciones, justamente, no pueden ser demasiado precisas, por la falta de datos y estadísticas seguras. En la ilustración vemos a un poblador típicamente indígena de Bolivia, en una plaza de la ciudad de La Paz, frente a la iglesia de San Francisco.

lidad de la región, ya que los países que carecen de estadísticas son justamente los que poseen —como en los casos de Haití o Paraguay— condiciones de vida más duras. Hasta alrededor de 1920 América Latina era una región de crecimiento moderado; pero a partir de esa fecha aproximada se comienzan a aplicar a amplios sectores de población los programas sanitarios de organismos internacionales, y éstos son muy eficaces, por ejemplo, en el control de la viruela, de la disentería y el paludismo, o sea, entre aquellas enfermedades que provocaban mayor número de muertos entre la población latinoamericana. Como consecuencia de ello la mortalidad comienza a descender vertiginosamente, caída que al no ser acompañada por paralelos descensos de la fecundidad provocó un crecimiento muy elevado de la población. Un ejemplo basta para señalar este hecho: en 1900 una de cada cuarenta personas en el mundo era latinoamericana, mientras que en 1960 lo era de cada quince.

América Latina es una región de alta fecundidad, y sólo en Argentina y Uruguay se dan disminuciones acentuadas de la misma. En Argentina y probablemente en el Uruguay, cuyos datos se ignoran, la fecundidad ha seguido la modalidad de los países europeos, con un descenso constante desde principios de siglo. La causa de esta temprana disminución comparada con el resto de los países latinoamericanos debe buscarse en su mayor grado de desarrollo y en un importante proceso de urbanización; además se supone que el cuantioso aporte inmigratorio europeo que recibió el Río de la Plata a fines del siglo pasado influyó en el cambio de las pautas de fecundidad. La tendencia de Chile es similar a la de Argentina, pero con un nivel mucho más alto y a una distancia de treinta años. Alrededor de 1940 la tasa de natalidad de Argentina era de aproximadamente 24 por mil y la de Chile de 34 por mil.

El Salvador y Guatemala presentan una clara tendencia descendente de la fecundidad, pero en este período aún no han iniciado un importante descenso, ya que mantienen niveles

muy altos —del orden del 40 por mil— en la década de 1940.

Los casos de fecundidad creciente verificados en Costa Rica, México y Venezuela deben tomarse con cautela, ya que a medida que mejoran los registros oficiales de nacimiento se observa un aparente aumento del número de nacimientos. A pesar de ello no se puede descartar el dato como reflejo de un incremento real de la fecundidad, ya que la tendencia no es momentánea. La mayor estabilidad de las uniones consensuales, tan comunes en la mayoría de los países latinoamericanos, la mejor situación de la población respecto de su salud y algunas mejoras en su condición económica pueden haber producido reacción positiva frente a la fecundidad.

Asia

Por su situación económico-social y por las condiciones de vida de la mayor parte de su población, Asia ha tenido siempre altísimos niveles de mortalidad, parcialmente modificados a partir de la segunda guerra mundial. Su mantenimiento es inseparable de la pobreza, la desnutrición y el hacinamiento, perceptibles en los dramáticos y babélicos arrabales de las ciudades del sudeste asiático. Con la excepción de Japón e Israel, países que han alcanzado un mayor grado de desarrollo, los países asiáticos han visto diezmar sus poblaciones por enfermedades de tipo infeccioso y por enfermedades venéreas. Sólo una epidemia de viruela, la que azotó a la India durante los años 1873 y 1874 arrojó un saldo de 500 mil muertos, y se calcula que en Pakistán el número de decesos por tuberculosis asciende a 200 mil casos anuales, en tanto que —según recientes evaluaciones— las oftalmopatías ponen en peligro la vida de la quinta parte de los habitantes de la región del Mediterráneo Oriental. El mejoramiento de los servicios sanitarios y en especial las campañas antimaláricas, se han realizado luego de la Segunda Guerra Mundial, por lo cual en este período el descenso de las tasas de mortalidad de los países de la región no es muy grande. Hacia

1940 las tasas consignadas son superiores al 20 por mil, con la excepción de Japón e Israel, con tasas de 17 y 8 por mil, respectivamente. El registro defectuoso o su inexistencia en la mayoría de los países hace aparecer las tasas más bajas de lo que realmente debieron ser.

En algunos casos las encuestas locales por muestreo suplantaron la información de los registros oficiales y dan una idea aproximada de la magnitud de las tasas. En China continental, por ejemplo, los resultados de encuestas realizadas alrededor de 1935 indicaron una tasa de mortalidad de 33 por mil.

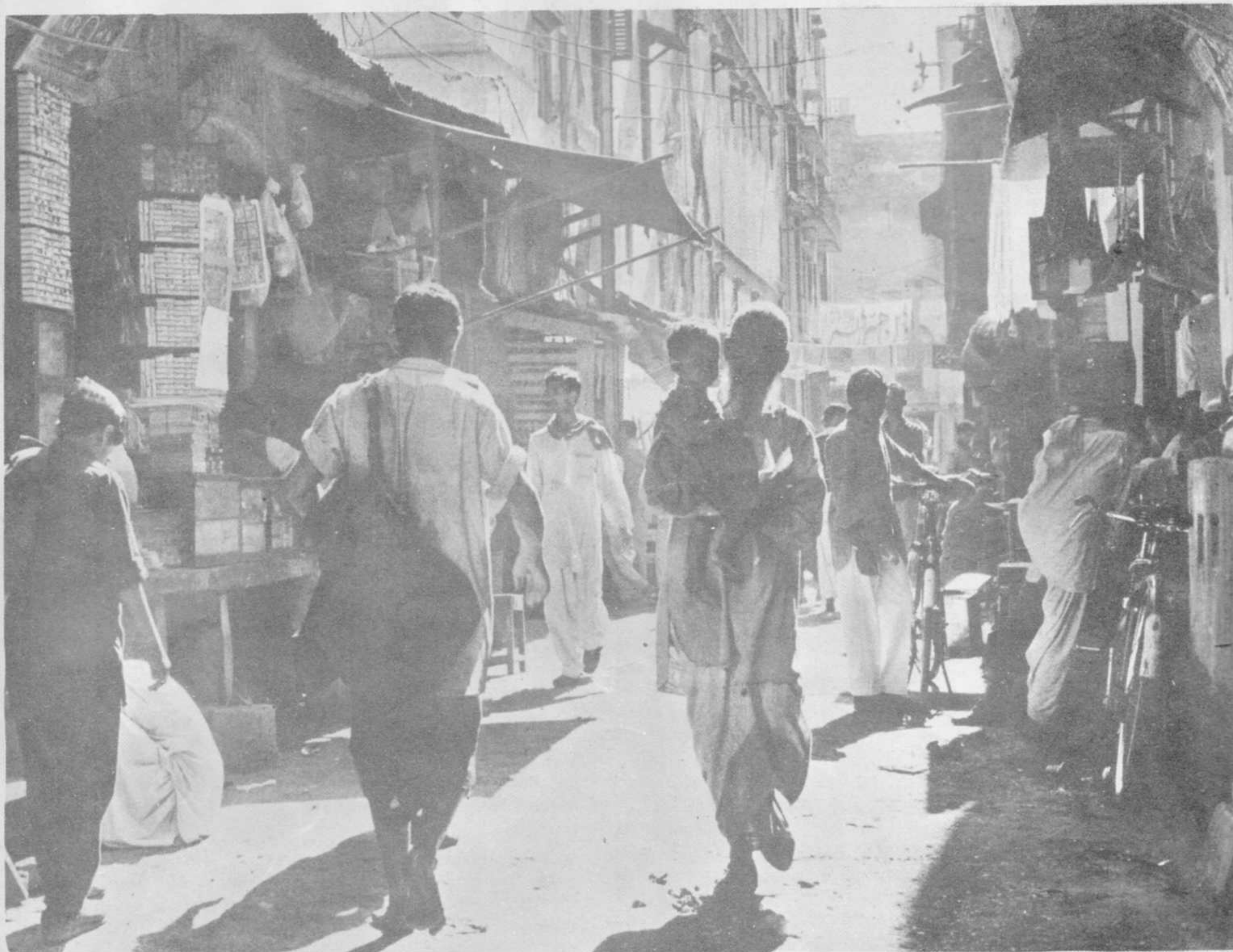
Se tienen muy pocos datos sobre la esperanza de vida en los países asiáticos para este período, pero los casos de India y Japón ilustran dos extremos muy elocuentes: India tenía en 1921-1931 una esperanza de vida al nacer de 27 años, mientras que en Japón era de 43 años en el período 1921-1925.

Las tasas de mortalidad infantil señalan variaciones muy marcadas por países hacia 1935-1939, como ser los casos de Israel, con una tasa de 60.6 por mil y Birmania, con 202.1 por mil nacidos vivos. Es posible que en este aspecto tenga una importancia notable la deficiencia en el registro de las defunciones infantiles, pues de otra manera no se justificaría la elevadísima tasa de Chile frente a la que ofrecen algunos países asiáticos, en los cuales las condiciones de vida son notoriamente más difíciles.

Los países con fecundidad más baja de la región son Chipre, Israel y Japón, y han bajado sus tasas de natalidad desde niveles muy altos. Estos países tienen, por la tendencia de su fecundidad y mortalidad, mayor similitud con los países europeos que con la mayoría de los países asiáticos y es claro, en este sentido, que los avances económicos y sociales que se han verificado en ellos, especialmente en Japón e Israel, han impactado diferencialmente sus tendencias demográficas.

En el resto de los países asiáticos que cuentan para este período con registros de natalidad confiables, no se observan cambios importantes en la tendencia de la fecundidad, cuya tasa oscila alrededor del 40 por mil.

Asia, el continente más populoso del mundo, por las condiciones de vida imperante en sus países tuvo hasta la segunda guerra mundial altísimos niveles de mortalidad. Había y hay diferencias, desde luego, entre sus diversos países: por ejemplo, mientras en el período 1921-31 un habitante de la India al nacer tenía una expectativa de vida de sólo 27 años, en el Japón, para el período 1921-25 esa expectativa alcanzaba a los 43 años. Sin embargo, en general hay gran dificultad para obtener datos y estadísticas seguras, lo que dificulta una evaluación precisa. En la ilustración, vemos una calle típica de la ciudad de Lahore, en el Pakistán occidental.



Glosario

Avitaminosis: Enfermedades por carencia o deficiencia de vitaminas en los alimentos (beriberi, escorbuto, etc.).

Dispersión: Forma primitiva del desplazamiento de poblaciones que responde a las presiones del medio físico o de otros grupos humanos.

Ecología: Estudio de los condicionamientos y relaciones entre los seres y el medio en que viven.

Endemia: Enfermedad que se re-

gistra en épocas fijas en ciertas regiones por influencia de factores locales.

Epidemia: Enfermedad accidental, generalmente infecciosa, que ataca a una misma región y al mismo tiempo a gran número de personas.

Pirámide de población: Representación gráfica de la composición de una población por sus edades y sexos.

Tasa de fecundidad: Número de nacidos vivos sobre la población

femenina en edades fértiles (aproximadamente entre 15 y 44 años).
Tasa de mortalidad: El número de muertes ocurrida por habitante y en general se expresa por mil habitantes.

Tasa de mortalidad infantil: Número de muertes de menores de un año ocurridas por nacido vivo (en general se expresa por mil nacidos vivos).

Tasa de natalidad: Número de nacimientos ocurridos por habitante (se expresa por mil habitantes).



En materia de datos y estadísticas que permitan una evaluación en torno a las diversas cuestiones demográficas, África presenta un caso extremo. En efecto, hasta 1950, salvo excepciones, no se cuenta con datos en los cuales se pueda confiar. Debe hacerse notar que una de esas excepciones, la constituyen ciertos registros sobre la población de colonos europeos instalados en el continente negro, pero, justamente, la diferencia radical de sus condiciones de vida con la de los habitantes autóctonos, explotados duramente —muchas veces, por esos mismos colonos— hace que sus datos no puedan generalizarse de ninguna manera, y poca utilidad tengan para la evaluación del conjunto. En la ilustración, vemos la vacunación de un niño en uno de los países liberados de África, dentro de los esfuerzos que vienen haciéndose para mejorar las condiciones sanitarias, muy deterioradas por siglos de explotación y colonialismo.

Salvo en la Federación Malaya y en Singapur, no puede hablarse de una tendencia definida en el período, ya que las variaciones de las tasas son pequeñas y oscilantes.

En estos países, cuyos niveles de vida son acentuadamente bajos, cualquier mejora en las condiciones sanitarias de la población se traduce rápidamente en aumentos del nivel de la fecundidad. Por ejemplo, la reducción de la mortalidad ha disminuido el número de casos de viudez, con lo cual las mujeres están expuestas, durante mayor tiempo, al riesgo de procrear. Este hecho cobra importancia en un país como la India, donde la mortalidad masculina es muy alta y donde las costumbres sociales sancionan el nuevo casamiento de las viudas.

África

Hasta 1950 no se cuenta con datos confiables sobre la población africana, salvo registros parciales relacionados con las minorías europeas y asiáticas, cuyo nivel de vida no puede compararse con el de los habitantes autóctonos, sometidos a un duro régimen en las grandes plantaciones y explotaciones mineras controladas por los monopolios o relegados a una deteriorada economía tribal de subsistencia sobre la que presiona de manera decisiva la situación de dependencia colonial.

Dentro de este cuadro de dependencia y miseria, en cuyo marco la vida del anónimo cargador negro era infinitamente menos valiosa que las numerosas botellas de whisky que el "cazador blanco" apuraba en los entre actos del clásico *safari* vulgarizado por cierta literatura, es probable que los niveles de mortalidad alcanzados por la población africana a lo largo de la primera mitad de este siglo no hayan tenido parangón con otras regiones.

Las migraciones ultramarinas

Los desplazamientos de población son tan viejos como la misma humanidad, y resulta indudable que —ya se trate de aquellas confusas peregrinaciones del cazador paleolítico o

de las corrientes inmigratorias contemporáneas— el hombre ha iniciado siempre la marcha en procura de mejores condiciones de vida.

Precisamente estos inmensos movimientos de población que desde mediados del siglo XIX trasvasaron a América a millones de hombres procedentes de los cuatro rincones de la tierra, iluminan con suma ejemplaridad esta búsqueda compulsiva y a veces dramática de nuevos horizontes vitales. La vieja Europa —que había inaugurado nuevos rumbos con su revolución industrial, su influencia cultural y sus descubrimientos científicos y tecnológicos— se sentía incapaz para absorber el aumento de su población y para mantener, al mismo tiempo, un ritmo aceptable de crecimiento económico. El "progreso", que había sido exaltado durante la etapa anterior por el pensamiento iluminista, cobraba sus víctimas: en el mismo momento en que se producía o se desarrollaba esta profunda revolución y en que comenzaban algunas de sus predicciones humanitarias, la tecnificación agrícola y la automatización de la industria, paradójicamente, crearon verdaderos ejércitos de desocupados, que brindaron a las ciudades una atmósfera crispada y hostil, profundamente tocada por las formas del desaliento y la frustración. Justamente cuando Europa se debatía en las mallas de esta compleja contradicción, surgían, del otro lado del Atlántico, los Estados Unidos, verdadero emporio agrícola, industrial y comercial que rápidamente canalizó hacia sus entrañas a esta masa desplazada de los mercados de trabajo del Viejo Mundo. Otros países, que emergían con pujanza relativamente comparable (como Canadá, Australia, Argentina, Brasil, etc.) sirvieron a su vez como válvula de escape a la población europea.

Estados Unidos recibió entre los comienzos del siglo y el año 1948 casi veinte millones de inmigrantes, y en el mismo período la Argentina absorbió cinco millones y medio y Brasil tres millones y medio de inmigrantes. Estos son los países que acogieron a más individuos provenientes de otras regiones, y en especial a europeos. Australia y la Unión Sudafricana, en cambio, aun cuando recibie-

ron fuertes aportes humanos en el curso de este siglo, quedaron atrás no ya de los países mencionados anteriormente, sino también respecto a los propios contingentes arribados durante el siglo pasado.

El continente africano, si se exceptúa el período del comercio esclavista que se prolongó hasta fines del siglo XIX y que significó el desarraigo violento de millones de personas, no proporcionó volúmenes migratorios importantes a las otras regiones del mundo. En cambio se estimaba que unos cinco millones de europeos vivían en varios de sus países y colonias, de los cuales dos millones y medio residían en la Unión Sudafricana. La inmigración europea a este continente estuvo integrada fundamentalmente por funcionarios y téc-

nicos, y, en menor escala, por soldados mercenarios, colonos y comerciantes.

En Asia, a pesar de las numerosas posesiones europeas, la presencia de inmigrantes de esa procedencia no ha sido tan notoria como en Africa. Los movimientos dentro del mismo continente son, por el contrario, los que ocupan el lugar más importante. Luego de la abolición de la servidumbre en muchas regiones, en especial las tropicales, el ritmo migratorio alcanzó proporciones altas. Pero si se compara con la magnitud de sus poblaciones, dicho ritmo ha sido ciertamente ínfimo. China, India, Pakistán, Japón y Corea han sido los países de emigración más importantes, en tanto que la Federación Malaya, Birmania, Ceilán, Viet-Nam, Laos, Cam-

boya, Tailandia e Indonesia, fueron los que atrajeron la mayor cantidad de trabajadores de otras regiones.

Las grandes oleadas migratorias se produjeron con intensidad hasta la época de la gran depresión, que se fija habitualmente en las inmediaciones de 1930. A partir de este momento la mayoría de los países de inmigración siguieron una política destinada a limitar el número de inmigrantes para proteger el mercado interno de trabajo. En algunos casos la legislación sirvió para regular la magnitud y en otros para hacer una rigurosa selección de algunos grupos étnicos, sociales o laborales. De este modo se impidió que la inmigración internacional pudiera actuar como regulador "natural" de la relación entre población y recursos disponibles.

BIBLIOGRAFIA

Castro, Josué de: *Geopolítica del hambre*, Buenos Aires, Solar/Hachette, 1962.

Coontz, Sidney: *Teorías de la población y su interpretación económica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1960.

Naciones Unidas: *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*, Nueva York, 1953.

Naciones Unidas: *Informe sobre la situación social en el mundo*, 1963, Nueva York, 1964.

Sánchez Albornoz, N. y Moreno, J. L.: *La población de América Latina: bosquejo histórico*, Buenos Aires, Paidós, 1968.

ROBERT FLAHERTY

23 JUL 1993

Las primeras pugnas de Robert Flaherty con el ambiente cinematográfico datan de sus obras precursoras: *Nanouk* (1922; abajo, a la derecha) y *Moana* (1920; al dorso). Aislado, en lucha contra la estupidez y la rutina, inclusive contra la crítica y la envidia de sus propios discípulos, Flaherty se traslada en 1931 a Inglaterra. Allí es aclamado por el movimiento encabezado por Grierson como un gran maestro, como el creador del método de la "cámara observadora". La primera tentativa de trabajo con Grierson —un film que será exhibido como obra cooperativa, *Industria británica*— no arroja un saldo muy positivo. (De 1931 es *Tabú*, arriba a la derecha, que codirige con F. W. Murnau.)

Por cuenta de la British-Gaumont, Flaherty se instala en Aran, donde produce una de las cumbres del documentalismo *El hombre de Arán* (1934). Luego de dos años de inactividad, Alexander Korda le propone filmar en la India un libro de Kipling, pero el proyecto queda a mitad de camino, y Flaherty vuelve a su ocupación interina: escribir para la televisión. De vuelta en su patria, llamado por Pare Lorentz, jefe del Servicio Cinematográfico de los Estados Unidos, éste le encarga la realización de un film sobre el mal uso de las tierras de labranza y su repercusión en el desempleo agrícola: *La tierra*. Después *Louisiana Story*, respaldada económicamente por la Standard Oil Company, historia de un niño, en las tierras pantanosas de ese Estado, con escenas de caza y pesca y la explosión de un pozo de petróleo.



